

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE **478** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNE OBSERVATION

d'Ostéochondrome

DES

Vertèbres

PAR

Raoul FÉLIX

de la Faculté de Médecine de Paris

Président : P. DUVAL, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA BOURSE DE COMMERCE (G. BUREAU)

35, Rue Jean-Jacques-Rousseau, 35

1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE N° 478
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNE OBSERVATION
d'Ostéochondrome
DES
Vertèbres



PAR

Raoul FÉLIX

de la Faculté de Médecine de Paris

Président : P. DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA BOURSE DE COMMERCE (G. BUREAU)

35, Rue Jean-Jacques-Rousseau, 35

1921

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN

PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

M. ROGER.
 MM.
 NICOLAS.
 CUNEO.
 Ch. RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBE.
 RENON.
 LECENE.
 LETULLE.
 PRENANT.
 POUCHET.
 CARNOT.
 Léon BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MENETRIER.
 ROGER.
 ACHARD.
 WIDAL.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 MARFAN.
 NOBECOURT.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchement

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale

DUPRE.
 JEANSELME.
 Pierre MARIE.
 TEISSIER.
 DELBET.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.
 DE LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 BAR.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 J. L. FAURE.
 Auguste BROCA.
 VAQUEZ.
 SEBILEAU.
 DUVAL.

AGREGES EN L'EXERCICE

MM.
 ABRAMI.
 ALGLAVE.
 BASSET.
 BAUDOIN.
 BLANCHETIERE.
 BRANCA.
 CAMUS.
 CHAMPY.
 CHEVASSU.
 CHIRAY.
 CLERC.
 DEBRE.

DESMARET.
 DUVOIR.
 FIESSINGER.
 GARNIER.
 GOUGEROT.
 GREGOIRE.
 GUENIOT.
 GUILLAIN.
 GUILLEMINOT.
 HEITZ-BOYER.
 JOYEUX.
 LABBE (Henri).
 LAIGNEL-LAVASTINE.

LANGLOIS.
 LARDENNOIS.
 LE LORIER.
 LEMIERRE.
 LEQUEUX.
 LEREBoullet.
 LERI.
 LEVY-SOLAL.
 MATHIEU.
 METZGER.
 MOCQUOT.
 MULON.
 OKINCZYC.

PHILIBERT.
 RATHERY.
 RETTERER.
 RIBIERRE.
 RICHAUD.
 ROUSSY.
 ROUVIERE.
 SCHWARTZ (A.).
 TANON.
 TERRIEN.
 TIFFENEAU.
 VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon
amour filial.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES CAMARADES DU 146^e D'INFANTERIE
(20^e CORPS)

A MES CHERS AMIS

qui m'ont si puissamment aidé et soutenu dans les
moments difficiles de la vie.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR GILBERT
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL HÔTEL-DIEU

qui guida mes premiers pas encore incertains dans l'art
si délicat de la médecine.

A M. LE DOCTEUR LAUNAY
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

En le priant de bien vouloir accepter l'expression
de mes hommages et de mes remerciements pour
l'honneur qu'il nous a fait en nous donnant le sujet
de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR OKINCZYC
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL HÔTEL DIEU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de remerciement.

A M. LE PROFESSEUR FOLLET

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT

En témoignage des excellents conseils qu'il nous a donnés.

A M. LE PROFESSEUR QUENTIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

En le remerciant de l'intérêt qu'il n'a cessé
de nous accorder.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. DUVAL

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

En le remerciant du grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Nous rapportons dans ce travail une observation d'ostéochondrome développé aux dépens de la septième vertèbre cervicale et de la première dorsale.

C'est une lésion rare dont la littérature médicale n'offre que peu d'exemples.

Cette tumeur, en se développant, a, par sa situation, déterminé une compression d'une branche du plexus brachial, d'où est résultée une paralysie cubitale. C'est cette lésion qui a attiré l'attention du malade et domine le tableau clinique.

Il nous a paru intéressant de publier l'histoire de cette malade.

Nous adressons nos bien vifs remerciements à M. le Docteur Launay, chirurgien de l'Hôpital Cochin, qui a bien voulu nous fournir les éléments de cette thèse.

OBSERVATION

R. G..., âgé de 25 ans, vient consulter à l'hôpital Cochin, le 20 mars 1921. — Le début de la maladie date de deux ans et s'est caractérisé par l'apparition de douleurs d'abord légères : sensation de picotements, d'élancements localisés uniquement à la face antérieure du poignet gauche qui, progressivement, s'exacerbent et ne tardent pas à devenir assez violentes.

Cette douleur à type névralgique survient surtout la nuit. Elle est exagérée par les mouvements d'inclinaison de la tête et surtout par l'inclinaison latérale du côté malade.

Elle est encore provoquée par les mouvements respiratoires si ceux-ci sont d'une certaine amplitude. Elle reste toujours localisée à la face antérieure du poignet.

La malade se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu. On lui prescrit des frictions *loco dolenti* avec un liniment calmant quelconque. Aucune amélioration sensible ne s'ensuit. Dès cette époque, la malade aurait noté une atrophie légère de la main. Elle n'en peut préciser la topographie.

Au bout de cinq à six mois, les douleurs disparaissent. Un semestre va alors s'écouler pendant lequel R. G... se considère comme guérie. Elle ne souffre plus. Il n'y a plus aucune gêne des mouvements. Tout est rentré dans l'ordre.

Il ne s'agit pourtant que d'une rémission. Il y a un mois (mars 1920), les douleurs réapparaissent. Elles ont la même localisation qu'au début de la maladie, mais leur intensité s'est considérablement accrue. Elles n'ont plus le caractère nocturne qu'elles avaient présenté au début et se manifestent aussi bien le jour. Elles sont exagérées par les mouvements de la tête, nullement influencées par les mouvements du bras ou de l'avant-bras.

A cette époque est apparue une anesthésie complète des téguments du cinquième doigt et de la moitié interne du quatrième doigt, tant à la face palmaire qu'à la face dorsale. Il n'y a pas seulement troubles de la sensibilité, mais aussi troubles de la motricité de ces doigts. La malade devient maladroite et se trouve gênée pour exécuter certains mouvements. Cette gêne, d'abord localisée aux seuls mouvements des quatrième et cinquième doigts, s'étend bientôt aux autres doigts tout en restant plus légère. Les mouvements du pouce sont cependant très difficiles. L'atrophie de la main s'accroît.

Telle est l'histoire de la malade, et ce sont les seuls symptômes qui ont été observés jusqu'à son entrée à l'hôpital (mars 1921).

A cette date, on constate une atrophie assez marquée de la main gauche dans sa totalité, mais portant surtout sur l'éminence hypothénar qui est littéralement fondue. Légère atrophie de l'avant-bras gauche qui offre une consistance spéciale, un peu flasque ; une adipose assez accentuée laisse à l'avant-bras un aspect vigoureux. Le bras est absolument normal.

Dans l'ensemble, rien de très saillant. L'attitude n'est

pas caractéristique. Ce n'est pas celle des descriptions classiques de paralysie cubitale. Il n'y a pas de véritable griffe. On observe simplement l'aplatissement de la main et l'affaissement de l'éminence hypothénar. Le cinquième doigt dans la position du repos est un peu fléchi, tandis que le quatrième doigt présente comme une ébauche de flexion.

Il n'y a pas d'autre trouble trophique apparent, point davantage de troubles vaso-moteurs. Si la peau, par places, est un peu squameuse ou rouge, on peut noter le même aspect dans les territoires qui ne ressortissent pas du cubital et aussi sur le membre sain.

Les troubles sensitifs sont caractérisés par la présence d'une zone d'anesthésie étendue au bord cubital de la main, tant à la face palmaire qu'à la face dorsale, et ne dépassant pas le poignet. La topographie est classique, c'est celle du territoire du nerf cubital.

Les troubles moteurs sont importants :

La flexion de la main sur le poignet — cubital antérieur — est possible ; elle s'exécute nettement mais avec moins de force que du côté droit. Notons aussi l'abolition des mouvements de flexion et d'extension des quatrième et cinquième doigts. La malade arrive à peine à faire quelques mouvements maladroits et de peu d'amplitude. La flexion des premières phalanges est à peine ébauchée. Le mouvement d'écartement des doigts est particulièrement difficile. Cet ensemble dénote l'atteinte des muscles de l'éminence hypothénar et des interosseux.

L'adduction du pouce est impossible, l'abduction étant normale. L'opposition des premier et cinquième doigts est

possible. Les mouvements d'inclinaison latérale de la main, de pronation et de supination sont normaux. Pas d'autres troubles moteurs à signaler. Pas de rétraction.

A noter un point douloureux sur le trajet du nerf cubital, à la face antérieure du poignet, au niveau du pli de flexion.

De cet examen résulte la constatation d'une paralysie cubitale incomplète. La lésion du nerf cubital ne paraît pas être très profonde ; l'absence de troubles trophiques importants est à signaler. La lésion est ancienne car le début des névralgies remonte à deux ans.

Il n'y a pas de troubles des réflexes.

Quelle est donc la cause de cette paralysie ?

L'examen du membre ne décèle rien. L'articulation de l'épaule est normale. La palpation de la région sus-claviculaire est douloureuse. Cette douleur est atténuée localement, mais la palpation profonde détermine des irradiations douloureuses à la face palmaire du poignet gauche.

On a l'impression d'une masse dure, très profonde, collée au rachis, dont la délimitation exacte est impossible. Il tombe sous le sens que cette tumeur engendre la paralysie cubitale par compression des racines du plexus brachial.

Pour en préciser la situation et la nature, la malade est radiographiée. L'hypothèse la plus vraisemblable pourrait être celle d'un ostéome ou d'une apophyse transverse anormale.

L'examen radioscopique montre une masse irrégulière ayant à peu près le volume d'une noix, située sur le flanc gauche de la colonne cervico-dorsale, ne paraissant pas tenir au corps de la septième vertèbre cervicale dont le

contour reste net, mais paraissant adhérer à l'apophyse transverse de cette vertèbre. La tumeur occupe une situation obliquement descendante en avant de l'articulation costo-vertébrale numéro un. Son ombre se superpose à celle de la partie externe de la première vertèbre dorsale, dont le contour peut être cependant suivi et plus bas semble faire corps avec la première côte. Les disques intervertébraux apparaissent normaux.

Le diagnostic porté est celui d'exostose ou ostéome développé probablement aux dépens de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale comprimant assez fortement une racine du plexus brachial correspondant au nerf cubital avec atrophie complète de l'éminence hypothénar, des muscles interosseux et des muscles de l'avant-bras innervés par ce nerf ; troubles moteurs et sensitifs dans son territoire.

Le traitement s'impose : ablation de cet ostéome, libération des branches du plexus brachial.



INTERVENTION

Elle est pratiquée le 1^{er} avril 1921. Anesthésie au chloroforme.

Incision curviligne bordant la clavicule et le sterno-cléido-mastoïdien pour découvrir en relevant le lambeau toute la région sus-claviculaire. Nombreuses ligatures veineuses pour avoir une plaie étanche. Découverte et libération du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à la découverte de la veine jugulaire. Section de ce muscle dans sa partie moyenne, en respectant le chef sternal. Section de l'omohyoïdien au même niveau.

On découvre ainsi, grâce à la torsion et à l'écartement du cou et à l'abaissement du bras ; on expose ainsi réellement le scalène antérieur, le phrénique et le plexus brachial.

La tumeur est située juste derrière le scalène antérieur en dedans du phrénique. Pour atteindre la tumeur, on dégage à la sonde cannelée le bord interne du scalène antérieur et on place un écarteur contre la colonne vertébrale refoulant la jugulaire interne et tous les organes qui l'accompagnent. Un autre écarteur est placé en dehors sur le phrénique.

On découvre ainsi très nettement la tumeur. Celle-ci se compose d'une partie molle superficielle et d'une partie osseuse profonde.

On enlève à la rugine toute la partie molle pour examen histologique. Puis on dégage de ses abords immédiats la partie osseuse et on découvre ainsi une racine du plexus brachial, la huitième soulevée par la tumeur. On confie cette racine à l'écarteur externe et on attaque à la pince gouge la partie osseuse. Cette partie osseuse est très dure, éburnée. En s'aidant alternativement de la pince gouge et du ciseau frappé par un maillet, on peut extirper toute la partie osseuse, mettant peu à peu à jour le col et la tête de la première côte ainsi que l'articulation costo-vertébrale.

L'extirpation terminée, on reconnaît qu'il existe sur la région antéro-externe du corps de la septième vertèbre cervicale une surface d'implantation large comme une pièce de un franc et empiétant sur le corps de la première vertèbre dorsale.

Dans la partie inférieure de la plaie, on voit le dôme pleural s'élevant et s'abaissant à la respiration. L'hémorragie osseuse étant peu abondante, on décide de ne pas drainer. Ligatures. Suture des muscles sectionnés et suture complète de la peau.

SUITES OPÉRATOIRES

Localement, la plaie est satisfaisante. Mais on observe une paralysie radiale qui est apparue dès le lendemain de l'intervention et dont la pathogénie est aisée à expliquer. Au cours de l'intervention, les racines correspondantes ont été vraisemblablement tirillées, comprimées par un écarteur.

Cette paralysie ne tarde pas à régresser et disparaît complètement en trois semaines environ. Mais progressivement diminue aussi la paralysie cubitale.

La malade a été soumise à un traitement électrothérapique. Vers le 10 juin 1921, elle présente encore une atrophie assez nette des muscles de la main et en particulier de l'éminence hypothénar et une légère atrophie des muscles de l'avant-bras innervés par le cubital.

Il existe une bande d'hypoesthésie cubitale et de légers troubles vaso-moteurs de la région. La flexion de la main sur l'avant-bras est normale comme aussi les mouvements de latéralité. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont devenus possibles. Ces mouvements se font avec force pour les deuxième et troisième doigts. Ils

restent un peu plus difficiles pour les quatrième et cinquième doigts. La flexion des premières phalanges est plus aisée. L'écartement des doigts se fait bien. L'adduction du pouce reste limitée.

En résumé, on assiste à la régression des symptômes de paralysie cubitale. Si celle-ci persiste encore, elle est cependant nettement atténuée. L'influence curatrice de l'intervention est manifeste. Il est vraisemblable qu'une observation prolongée de la malade permettra d'observer la disparition de tous symptômes morbides. Notons encore la disparition complète de la paralysie radiale post-opératoire.

On remarque également la disparition du point douloureux que décelait la palpation du nerf cubital à la face antérieure du poignet. La compression de la racine rachidienne par la tumeur ostéocartilagineuse n'avait pas déterminé de lésions profondes, de réaction de dégénérescence irrémédiable.

Le pronostic définitif est bon.

L'examen histologique de la partie molle de la tumeur a été pratiqué. Il s'agit d'un chondrome reposant sur une base dure de tissu osseux.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de cette observation ?

L'examen histologique de la pièce nous montre qu'il s'agissait d'un chondrome. Mais la tumeur était composée de deux parties, l'une assez molle qui est prélevée et examinée. Quant à la base dure, la surface d'implantation, elle présentait les caractères du tissu osseux.

Il s'agit donc d'un ostéochondrome. Ils sont exception-

nels dans cette région. Virchow en signale la rareté. Les chondromes purs sont à la vérité exceptionnels.

Dans le cas qui nous occupe, il ne s'agit pas d'enchondrome ; il n'y a pas en effet envahissement, par la tumeur, des corps vertébraux sur lesquels elle s'est développée. Il s'agit plutôt de ce que les auteurs classiques appellent ecchondrome, d'une tumeur développée en dehors des vertèbres, comme en témoigne le cliché radiographique qui montre la netteté du contour des corps vertébraux.

Quel est le point de départ de cette néoformation ? Il est malaisé de le préciser. Si la présence de chondromes développés aux dépens des disques intervertébraux a été signalée, il semble que dans cette observation il n'en soit pas de même. Il existait surtout sur la septième vertèbre cervicale une très large base d'implantation. La tumeur s'implantait encore sur le flanc de la première vertèbre dorsale.

Le diagnostic était fait surtout avec l'aide de la radiographie. On ne pouvait guère confondre qu'avec une côte surnuméraire, diagnostic que faisait éliminer la forme et la situation de la tumeur, la symptomatologie pouvant par ailleurs être la même. Mais le cliché radiographique lève tous les doutes.

Il ne s'agissait point davantage d'une synostose des deux vertèbres, cette soudure n'apparaissant habituellement que dans un âge avancé et le pont qui réunit les corps vertébraux étant purement osseux.

Il s'agit donc bien d'un chondrome dont la base s'est ossifiée et qui s'est développé aux dépens des septième vertèbres cervicales et première dorsale.

On peut rapprocher de ce cas l'observation suivante d'Astley Cooper (1) que nous trouvons dans la traduction de ses œuvres par Chassaignac.

Après avoir insisté sur la rareté des exostoses de la colonne vertébrale, en dehors des ossifications de la vieillesse, A. Cooper ajoute :

OBSERVATION. 540

« Toutefois, j'ai rencontré un cas d'exostose naissant de la sixième ou de la septième vertèbre cervicale et peut-être de ces deux vertèbres à la fois. Le sujet chez lequel j'ai observé cette exostose était une femme qui entra à l'hôpital de Guy, n'ayant de pulsations artérielles ni au coude, ni au poignet. La main avait une couleur violacée, restait toujours froide et engourdie, bien qu'elle fût toujours très douloureuse et présentant quelques taches gangréneuses à sa surface.

« En examinant la partie supérieure du bras on trouva que cet état provenait de l'existence d'une saillie qui, de la dernière vertèbre cervicale, se portait vers la clavicule et exerçait une compression sur l'artère sous-clavière.

« Pendant le séjour du sujet à l'hôpital, on parvint, au moyen de frictions et de bains chauds, à rendre en grande partie leur température naturelle au bras et à la main. Tout accroissement ultérieur dans la tumeur paraissait suspendu. Et à l'époque où le malade sortit de l'hôpital, l'état du

(1) Œuvres chirurgicales complètes d'Astley Cooper, traduites de l'anglais avec des notes par E. Chassaignac et G. Richelot. Paris, Béchot jeune 1837. Page 545, colonne I.

membre s'était amélioré. Néanmoins le pouls n'était pas revenu au poignet. »

Il convient toutefois de remarquer que cette observation peu précise dans l'ensemble aurait été heureusement complétée par une intervention. Celle-ci n'ayant pas été pratiquée, le diagnostic reste incertain. Le fait même que la saillie osseuse née de la dernière vertèbre cervicale se portait vers la clavicule permet de penser qu'il s'agissait peut-être d'une côte supplémentaire.

L'observation se rapproche en effet beaucoup d'un fait rapporté par Déjerine et Mouzon à la Société de Neurologie, le 3 décembre 1914, où une côte cervicale avait amené la thrombose de l'artère sous-clavière. Ici, le diagnostic bien précisé était certain et fut confirmé par l'intervention que pratiqua M. le Professeur Gosset.

Il semble bien par conséquent que les chondromes des vertèbres soient extrêmement rares, car nous n'avons pas trouvé de cas semblable à celui que nous rapportons, dans la littérature médicale moderne, où une intervention et un examen histologique eussent permis d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une affection identique.

M. le Professeur P. Duval a rapporté un cas analogue au nôtre (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, pages 481 à 496, séance du 12 mars 1919).

« Cette femme, âgée de 28 ans, dit M. le Professeur Duval, possède dans la région sus-claviculaire droite une tuméfaction pulsatile avec phénomènes de compression veineuse dans le bras droit.

« Sur le bord externe du chef sternal du sterno-mastoïdien, on perçoit un thrill très net. Or, je trouvai, à mon

intervention, les vaisseaux absolument intacts, sans aucune communication artérielle. Il existait une tumeur cervico-médiastine postérieure qui soulevait les vaisseaux, les comprimait ; c'était un ostéo-chondrome vertébral, implanté sur le flanc droit de la deuxième ou troisième dorsale. »

L'exemple rapporté par M. le Professeur Duval diffère essentiellement du nôtre par les symptômes que provoqua la compression. Compression veineuse dans ce cas, tandis qu'il s'agit de compression nerveuse dans le nôtre. •

CONCLUSIONS

Tous les auteurs qui signalent la rareté des chondromes siégeant ailleurs que sur les petits os des extrémités (phalanges, métacarpiens, métatarsiens) restent muets sur les chondromes de la colonne vertébrale, en dehors des petites tumeurs sans intérêt développées aux dépens des disques intervertébraux.

Le cas que nous rapportons semble donc exceptionnel. La tumeur implantée sur le corps vertébral par une base osseuse présentait à la périphérie une partie moins dure, macroscopiquement d'aspect cartilagineux : l'examen histologique a confirmé qu'il s'agissait d'un chondrome pur.

En dehors de l'intérêt que peut présenter la rareté de cas semblables, cette observation est intéressante en raison de la symptomatologie.

La tumeur se révélait essentiellement par une paralysie localisée au domaine du nerf cubital. Elle pouvait passer inaperçue et il convient d'insister sur l'intérêt que peut présenter dans les cas frustes surtout, lorsqu'il n'existe que de légers troubles sensitifs ou circulatoires, un examen complet comprenant la région cervicale et s'accompagnant d'une radiographie.

L'intervention ne paraît pas discutable. La voie d'abord et l'exérèse complète de la tumeur peuvent être assez difficiles. Mais le pronostic sera d'autant meilleur que les chondromes sont généralement des tumeurs bénignes, bien encapsulées, n'envahissant pas les organes voisins. Dans notre cas, la huitième paire cervicale était sous-tendue par le chondrome.

L'intervention, d'autre part, ne doit pas être différée, car si les lésions de compression sont au début facilement curables, la marche envahissante du chondrome les aggraverait rapidement.

D'autre part, quoique exceptionnelle, une généralisation serait possible, alors qu'en intervenant à temps et complètement, on n'a même pas à craindre de récurrence.

Le malade dont nous rapportons l'observation étant opérée depuis peu de temps (à peine deux mois et demi), on doit espérer une amélioration, encore plus marquée, de son état, sinon une guérison parfaite.

Actuellement, les mouvements des interosseux et des quatrième et cinquième doigts, qui étaient abolis, ont reparu. Les troubles sensitifs : douleurs spontanées et douleur à la pression sur le trajet du nerf cubital ont entièrement disparu.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
Pierre DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.



